

Niet-suïcidale zelfbeschadiging/Nonsuicidal Self-Injury (NSSI)

Laurence Claes^{1,*},²

Phone +32-16-326133

Fax +32-16-325916

Email Laurence.Claes@ppw.kuleuven.be

Imke Baetens^{1,*},³

Email Imke.Baetens@ppw.kuleuven.be

¹ Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven, Tiensestraat 102, bus 3720, 3000 Leuven, België

² Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen, Antwerpen, België

³ Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, België

Niet-suïcidale zelfbeschadiging in DSM-IV-TR

Niet-suïcidale zelfbeschadiging verwijst naar het doelbewust aanbrengen van fysieke schade aan het eigen lichaam zonder de intentie om zichzelf het leven te benemen, zoals zichzelf krassen, snijden en branden (Claes en Vandereycken 2007a). Niet-suïcidale zelfbeschadiging is een ernstig probleem dat vele jongeren treft en dat ernstige gevolgen kan hebben. Onderzoek toont aan dat meer dan 70 % van de jongeren met een geschiedenis van niet-suïcidale zelfbeschadiging ooit een suïcidepoging onderneemt (Nock et al. 2006). De frequentie van de zelfbeschadiging, de ernst van de wonden en het aantal verschillende methoden dat gehanteerd wordt om zichzelf te beschadigen, worden beschouwd als aanwijzingen voor de ernst van niet-suïcidale zelfbeschadiging. Gegeven de ernst van niet-suïcidale zelfbeschadiging zien we een toenemende interesse voor dit gedrag in de maatschappij en worden jongeren – via sociale media –

geïnformeerd over dit gedrag, de gevolgen en de aanpak ervan. In het Nederlandse taalgebied kan niet-suïcidale zelfbeschadiging geïnventariseerd worden met behulp van de Zelfverwondingsvragenlijst (SIQ-TR; Claes en Vandereycken 2007b) of de Nederlandse versie van de *Brief Non-Suicidal Self-Injury Assessment Tool* (BNSSI-AT-NL; Baetens en Claes 2011). In de DSM-IV-TR (APA 2000) kan niet-suïcidale zelfbeschadiging enkel gediagnosticeerd worden als kenmerk van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Verschillende studies hebben echter aangetoond dat zelfbeschadiging zowel bij jongeren als (jong)volwassenen kan voorkomen zonder dat er sprake moet zijn van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Glenn en Klonsky 2013; Selby et al. 2012) of een andere psychische stoornis. Daarom werd er reeds gedurende decennia door verschillende onderzoekers gepleit om zelfbeschadiging als een apart categorie te introduceren in de DSM (Favazza en Rosenthal 1990; Kahan en Pattison 1984; Muehlenkamp 2005), en slaagden Shaffran en Jacobson (2009) erin om het NSSI-syndroom te introduceren in de DSM-5 (APA 2013, 2014) als aandoening die verder onderzoek behoeft.

Niet-suïcidale zelfbeschadiging in DSM-5: Criteria en prevalentie

In de DSM-5 wordt ‘niet-suïcidale zelfbeschadiging’ gediagnosticeerd aan de hand van zes criteria die hiernavolgend kort worden weergegeven (APA 2014, pag. 1060–1061) (zie tab. 1).

Tabel 1

Criteria van het niet-suïcidale zelfbeschadigingssyndroom en percentages per criterium in functie van adolescenten en volwassen populaties.

	Zetterqvist et al. (2013) 205 Zweedse adolescenten met zelfbeschadigings- syndroom (83,4 % meisjes) (15–17 jaar) (%)	Andover (2014) 125 USA volwassenen met zelfbeschadiging (46,5 % vrouwen) (18–73 jaar) (%)	Washburn et al (2014) 511 patiënten met zelfbeschadigin (90 % vrouwen (12–52 jaar) (%)
A. In het afgelopen jaar heeft de betrokkene op vijf of meer dagen			

opzettelijk letsel toegebracht aan het eigen lichaamsoppervlak zonder suïcidale intentie (bv. zichzelf snijden)	100	20,8	85,5
<i>B. De persoon die zichzelf beschadigt verwacht minstens een van de volgende effecten:</i>	—	—	87,7
<i>B1. Het afnemen van negatieve gevoelens/gedachten;</i>	—	60,8	82,0
<i>B2. Het oplossen van een interpersoonlijk conflict;</i>	—	8,8	57,1
<i>B3. Het opwekken van positieve gevoelens</i>	—	26	34,8
<i>C. Het zelfbeschadigend gedrag gaat samen met minstens een van de volgende kenmerken:</i>	—	—	92,8
<i>C1. Interpersoonlijke conflicten of negatieve gevoelens of gedachten;</i>	98,5	82,4	91,3
<i>C2. Er is een periode van preoccupatie met het beoogde gedrag;</i>	73,2	19,4	71,6
<i>C3. De persoon denkt frequent aan zelfbeschadiging, ook wanneer de hij/zij er niet naar handelt</i>	37,3	37,6	72,8
<i>D. Het gedrag is niet sociaal aanvaard (zoals piercings) en blijft niet beperkt tot het krabben aan een korstje of nagelbijten.</i>	—	—	—
<i>E. Het gedrag of de gevolgen ervan veroorzaken klinisch</i>			

significant lijden of beperkingen in het psychosociale functioneren.	76,8 (stress) 92,2 (beperkingen)	60,8	98,2
F. Het gedrag treedt niet uitsluitend op in het beloop van psychotische episoden of door intoxicatie door een middel of onttrekking van een middel, en is geen onderdeel van repetitief stereotiep gedrag.	—	—	0,8

Tot op heden is er slechts één instrument ontwikkeld om deze zes criteria op een systematische wijze te inventariseren, namelijk de *Clinician-Administered NSSI Disorder Index* (CANDI, Gratz et al. 2015; nog niet beschikbaar in het Nederlands). Op basis van deze zes criteria wordt geschat dat ongeveer 6,7 % van de adolescenten en 3 % van de volwassenen in de algemene bevolking in aanmerking komen voor het niet-suïcidale zelfbeschadigingssyndroom (Andover 2014; Zetterqvist et al. 2013). Studies die focussen op jongvolwassenen die zich het afgelopen jaar hebben verwond, stellen vast dat 37 % van de jongvolwassenen uit de algemene bevolking en 74 % van de adolescenten en jongvolwassenen uit klinische steekproeven voldoet aan het niet-suïcidale zelfbeschadigingssyndroom (Gratz et al. 2015; Washburn et al. 2015).

Niet-suïcidale zelfbeschadiging in DSM-5: Zes criteria onder de loep

Lengel en Mullins-Sweat (2013) vroegen aan 97 clinici om aan te geven hoe kenmerkend elk van deze zes criteria is voor een cliënt die zichzelf verwondt. *Criterium A* (vijf of meer dagen opzettelijk letsel toegebracht in het afgelopen jaar, 85–90 %) werd beschouwd als het meest kenmerkende criterium, gevolgd door *Criterium D* (zelfbeschadiging is sociaal niet aanvaard, 88 %), *Criterium C1* (negatieve gevoelens en gedachten voor de zelfbeschadiging, 97,5 %), *Criterium B* (positieve effecten na zelfbeschadiging, 71,9 %), *Criterium C2* (preoccupatie t.a.v.

zelfbeschadiging, 55,2 %), *C3* (veelvuldig denken aan zelfbeschadiging ook al voert men het gedrag niet uit, 36,5 %), en *Criterium E* (zelfbeschadiging veroorzaakt ernstig lijden, 35,4 %).

In tab. 1 vindt men een overzicht van de percentages van adolescenten en (jong)volwassenen uit de algemene bevolking of klinische populaties die beantwoorden aan elk van de zes criteria van het zelfbeschadigingssyndroom.

Niet-suïcidale zelfbeschadiging in DSM-5: Voor- en nadelen

Wilkinson en Goodyer (2011) wijzen op drie voordelen van ‘niet-suïcidale zelfbeschadiging’ als apart syndroom in de DSM-5: een goede definitie van het syndroom verbetert (1) de communicatie tussen professionals en patiënten; (2) bevordert onderzoek naar de aard, het verloop en de uitkomsten van het syndroom; en (3) stimuleert de ontwikkeling van preventie- en interventiestrategieën voor het syndroom. Naast deze voordelen wordt er echter ook een aantal kritische kanttekeningen geplaatst bij de criteria van het zelfbeschadigingssyndroom. Men stelt zich de vraag of ‘vijf dagen of meer’ (Criterium A) wel een goed criteriumpunt is, of dat men het aantal dagen dient te verhogen. Verder wordt de vraag gesteld of men enkel naar het ‘aantal dagen’ tijdens het ‘afgelopen’ jaar dient te kijken, of dat men ook de ‘ernst’ / het ‘aantal methoden’ van de zelfbeschadiging en/of de levensloopprevalentie moet meerekenen (Selby et al. 2015; Zetterqvist 2015). Verder stellen Washburn et al. (2014) vast dat bijna alle patiënten die aan criterium B (effecten van zelfbeschadiging) voldoen, ook aan Criterium C (uitlokkers van zelfbeschadiging) voldoen, zodat criterium B of C eerder overbodig lijkt. Verder stelt men zich ook de vraag of criterium B3 (opwekken van positieve gevoelens) niet beter geherformuleerd wordt tot ‘het opwekken van positieve of negatieve gevoelens’, zodat ook gevoelens van pijn, uit dissociatie geraken enzovoort door dit criterium gevat kunnen worden (Selby et al. 2015; Zetterqvist 2015). Tot slot staat ook criterium F (zelfbeschadiging veroorzaakt lijden/beperkingen) sterk onder druk, omdat de meeste personen die zichzelf beschadigen aangeven dat de zelfbeschadiging hen helpt (o. a. met het omgaan met gevoelens) in plaats van dat zij ‘lijden/disfunctioneren’ veroorzaakt (Zetterqvist 2015). Wilkinson en Goodyer (2011) stellen ook voor om de term ‘zelfbeschadiging

veroorzaakt' te vervangen door de zin 'zelfbeschadiging is geassocieerd met' lijden of beperkingen. Tot slot stelt De Leo (2011) dat het definiëren van een syndroom ook het risico op stigmatisering kan vergroten, daar jongeren en volwassenen die zichzelf beschadigen nu een 'psychiatrische diagnose' (zij het geen borderlinepersoonlijkheidsstoornis) krijgen toegekend (De Leo 2011). Ondanks dit risico zijn wij van mening dat een goede definitie van 'niet-suïcidale zelfbeschadiging' de definitie, diagnostiek, preventie en interventie van dit gedrag bevordert, en de patiënt ten goede komt!

Literatuur

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-IV), text revision* (4th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorder (DSM-5)* (5th. ed.). Arlington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5. Nederlandse vertaling van de Diagnostic and statistical manual for mental disorders*, (5th. ed.). Amsterdam: Boom Psychologie & Psychiatrie.

Andover, M. S. (2014). Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry Research*, 219, 305–310.

Baetens, I., & Claes, L. (2011). The brief non-suicidal self-injury assessment tool. www.zelfverwonding.be

Claes, L., & Vandereycken, W. (2007a). Self-injurious behaviour: Differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137–144.

Claes, L., & Vandereycken, W. (2007b). The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related (SIQ-TR). Construction, reliability, and validity of female eating disorder patients. In P. M. Goldfarb (red.), *Psychological Tests and Testing Research Trends* (pp. 111–139). New York: Nova

Science Publishers.

De Leo, D. (2011). DMS-V and the future of suicidology. *Crisis*, 32, 233–239.

Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioural Neurology*, 3, 77–85.

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Non-suicidal self-injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 42, 496–507.

Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Tull, M. T. (2015). Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the clinician-administered nonsuicidal self-injury disorder index. *Assessment*, 22, 527–539.

Kahan, J., & Pattison, E. M. (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14, 17–35.

Lengel, G. J., & Mullins-Sweatt, S. N. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: Clinical and expert ratings. *Psychiatry Research*, 210, 940–944.

Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324–333.

Nock, M. K., Joiner Jr., T. E., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72.

Shaffer, D., & Jacobson, C. (2009). *Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

AQ1

Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 167–175.

Selby, E. A., Kranzler, A., Fehling, K. B., & Panza, E. (2015). Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. *Clinical Psychology Review*, 38, 79–91.

Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 9, 31.

Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 759–773.

Washburn, J. J., Potthoff, L. M., Juzwin, K. R., & Styer, D. M. (2014). Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. Psychological assessment. doi:10.1037/pas0000021

Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 103–108.